

Hasta güvenliği kültürü

Medine Budak



1981 doğumlu olan Medine Budak yabancı dille eğitim veren bir hemşirelik okulundan mezun oldu. Ardından Kalite Yönetimi projesi ile İşletme Fakültesi diploması alan Budak, JCI ve ISO çalışmalarında aktif olarak rol aldı. Sırasıyla Özel Özkan Hastanesi, Acıbadem Bakırköy Hastanesi ve Acıbadem Grubu'nda hemşire, klinik kalite uzmanlığı, hasta güvenliği koordinatörlüğü ve medikal direktörlük görevlerinde bulunan Budak, halen Maltepe-Dragos'taki Özel Sema Hastanesi'nde Performans ve İş Geliştirme Yöneticisi olarak görev yapmaktadır. Budak İngilizce bilmektedir.

Sağlık hizmet sunumunda kalite yönetiminin göz ardı edilmemesi gereken önemli konularından biri hasta güvenliği ve dolayısıyla tıbbi hatalardır. Insitute of Medicine, 'To Err Is Human' raporuna göre tıbbi hatalar sonucunda Amerika'da her yıl 44 bin -98 bin kişi ölüyor.

Biliyoruz ki sağlık hizmet sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dâhil olduğu bir sürecin karmaşık olmaması düşünüle-

mez. Günümüzde Türkiye'deki hastanelere bakıldığında hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerindeki çeşitlilikte olan meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir. Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun

ilk adımının liderlik ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınamaz. Ancak hasta güvenliği, tıbbi hataları azaltmak anlamına gelmez. Hasta güvenliği, hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme demektir.

Hasta güvenliği = Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma

'Institute of Medicine' 21'inci yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken za-



rar vermekten kaçınma

2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi

3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti

4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)

5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlenildiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu

6. Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Institute of Medicine tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

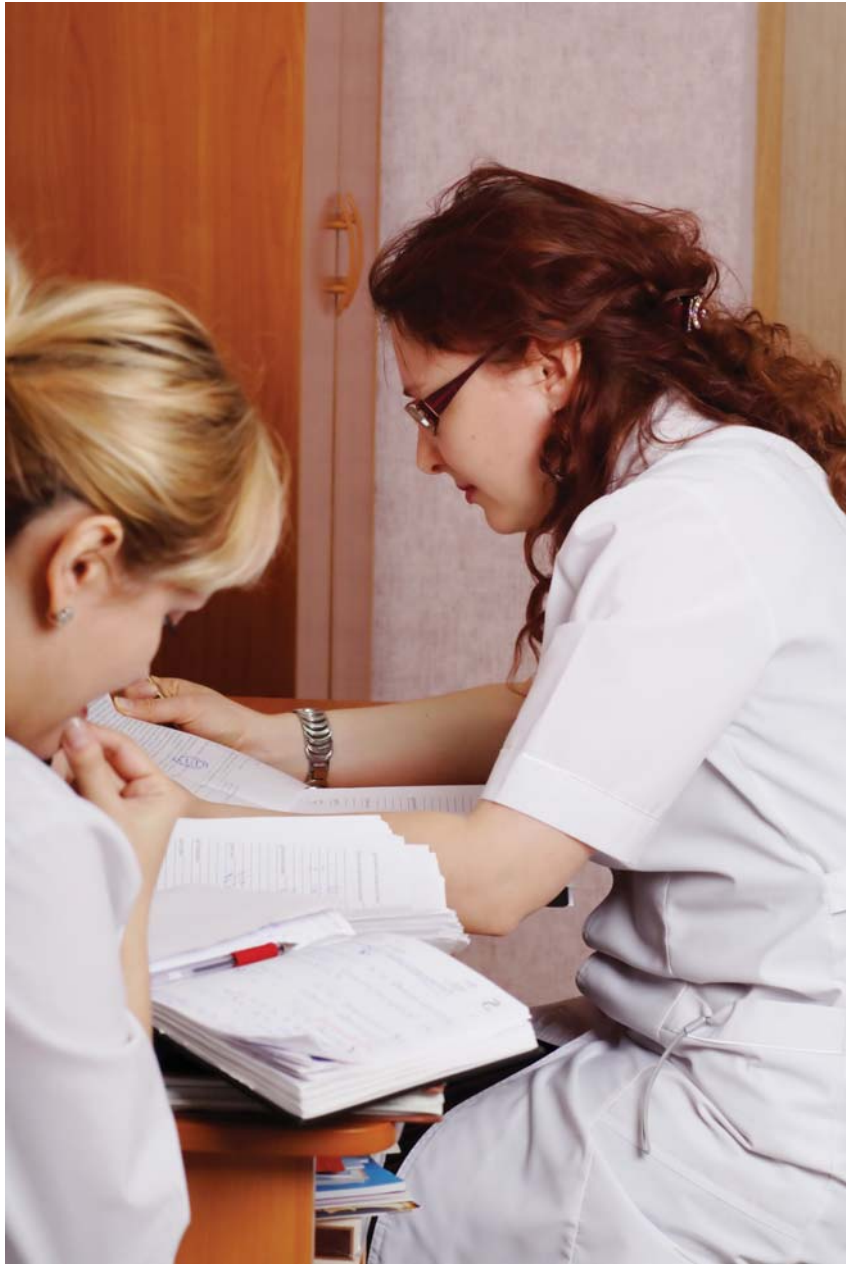
- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirmeyi yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda "hasta güvenliği" kültürünün yaratılması gelmektedir.

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü; hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortam yaratacak; hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir.

Ancak yapılan çalışmalar açıkça ortaya koymuştur ki; 'Institute of Medicine' 1999 Raporu'ndan bu yana hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların çoğu ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi üzerinde yoğunlaşmış, çoğunlukla reaktif bir yaklaşım izlenmiştir. Makro ve proaktif bir yaklaşıma olanak veren hasta güvenliği kültürü konusuna yeterli derecede önem verilmemiştir.

Hasta güvenliği kültürünün bir kurumda yayılabilmesi için liderlerin rolü oldukça önemlidir. Bu nedenle yöneticiler;

- Hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli,
- Konunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan etmeli,
- Yöneticiler, çalışanlar ve hastalar ara-



sında açık iletişimi sağlamalı ve bunun sürekliliğini korumalı,

- Hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirlemeli ve azaltılması için sorumlulukları devretmeli,
- Kaynak ayırmalı,
- Eğitimlerin sürekliliğini sağlamalıdır.

Kültür oluşumunda karşılaşılabilecek zorluklar:

Sağlık hizmet sunumunun karmaşık bir yapıya sahip olması hastaların hizmet almaları sırasında zarar görebilmelerine neden olmakla birlikte kültür oluşumunu da olumsuz etkileyebilmektedir.

Özellikle Türkiye'de hasta güvenliğini destekleyen merkezi bir otorite olmaması ve kurumların kendi inisiyatiflerine bırakılması, sağlık hizmet sunumunda guidelinelerin ya da standardize edilmiş süreçlerin kullanılmaması, tıp eğitiminde farklı kültürlere sahip eğitimcilerden gelen davranışların meslek hayatına yansıtılması ve standardizasyonun anlamsız bulunması, kayıt sistemlerinin ve kaydetme kültürünün yetersiz olması, eğitim altyapısının çeşitlilik göstermesi, kalite bilincine sahip sağlık yöneticisi sayısının yetersiz olması, kesintisiz sağlık hizmeti sunuyor olmak, uluslararası standartlarla çalışmayı mecbur kılmayan bir yapının olması hasta

güvenliği kültürünün yayılmasını zorlaştırabilecek faktörler arasında sayılabilir.

Bunun yanında çalışanların eğitilmiş ve nitelikli olması ve Türkiye'de kalite bilincinin yayılmaya başlaması, bu kültürün yayılmasını kolaylaştırabilecek faktörler arasında sayılabilir. Aynı zamanda uluslararası hastane standartlarını kullanan hastane sayısının gittikçe artıyor olması, hem rekabeti artırmakta hem de hastaneleri standardize edilmiş süreçleri kullanmaya itmektedir.

Eğer bir sağlık kurumu, güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak istiyorsa;

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,
- Proaktif sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,
- Süreçleri ve ekipmanları standardize etmeli,
- Etkili iletişimi sağlamalı/desteklemeli
- Yeterli ve etkili personel alımı yaptığından emin olmalı
- Tüm çalışanlara 'ekip çalışması eğitimi' vermeli
- Hastanın katılımını teşvik etmeli ve desteklemelidir.

Johns Hopkins Hospital'in 2001 yılında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla uygula-



maya koyduğu program ile kurumun hasta güvenliği kültürü seviyesini ölçmek, liderlik stratejisi ile yayılımı artırmak amaçlanmıştır. Bu programı oluşturan maddeler şöyle sıralanabilir:

1. Çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi (kültür surveyi),
2. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Kültür surveyi sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
4. Kıdemli liderin söz konusu birimde haftada bir hasta güvenliği viziti başlatması,
5. İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
6. Sonuçların bildirilmesi,
7. Bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı hikâyelerinin geliştirilmesi,
8. Kültür ölçümünün tekrarlanması.

Hasta güvenliği kültürü ölçümünün faydaları nelerdir?

Sağlık hizmet sunucuları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirmek isteyebilir. Kültürel değerlendirme şu amaçlarla kullanılabilir;

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da

programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,

- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek.

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, en önemlisi hastalara zarar vermemek için hasta güvenliği çalışmaları artırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet, gerekse özel kurumlar üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların) bu konudaki bilinci artırılmalıdır.

Hasta güvenliği kültürü nasıl ölçülür?

Hasta güvenliği kültürünü ölçmek amacıyla anket şeklinde araçlar düzenlenmiş ve yayınlanmıştır. Kurumlar, bu soruları kendi hastanelerine uygun cümlelerle ifade ederek çalışanlarına uygulayabilirler. Örneğin Teksas Üniversitesini (University of Texas) tarafından tasarlanmış bir Güvenlik Kültürü Anketi (Safety Climate Survey) bulunmaktadır (Bakınız Ek 1). Bu anket ile hastanemizdeki hasta güvenliği kültürünün hangi seviyede olduğunu, departmanlara göre dağılımını, liderliğin çalışanlar tarafından nasıl algılandığını vb. ölçmeniz mümkün. Böylelikle kurumunuzda hasta güvenliği konusundaki güçlü yönlerinizi ve iyileştirmeye açık alanlarınızı saptamış olacaksınız.

Hasta güvenliği sistemleri

Tıbbi hatalar, sağlık sisteminin doğru bir kalite göstergesidir ve bu sebeplerle ki günümüzde kimi kurumlarda hataların azaltılması için ölçüm yapılmış, ölçümler sonrasında da iyileştirme çalışmaları planlanarak uygulanmıştır. Yapılan araştırmalar, tıbbi hatanın yanında 'neredeyse hata' kavramının da oldukça önemli olduğunu, 300 benzer 'neredeyse hata'nın bir hataya yol açtığını göstermektedir. İlaç hataları ve transfüzyon hatalarına baktığımızda da benzer durumla karşılaşmaktayız. Büyük bir hata öncesinde, yaşanan neredeyse hatalar (near-miss) aslında yaşanacak olaya işaret etmiş, diğer bir deyişle 'hata geliyorum demiştir'. Önemli olan bunu fark etmeyi, ortaya çıkarmayı sağlayacak altyapının, yani hasta güvenliği yaklaşımının benimsenmesi ve hemen her gün yaşanan hataların görmezden gelinmemesidir.

Hasta güvenliği yaklaşımını destekleyen uluslararası standartlar (JCI, HQS...), sistemi yeni oluşturacak olan kurumlara fayda sağlamakla birlikte var olan sistemleri de geliştirmeye ve süreçleri standardize etmeye katkı sağlamaktadır.

Bu nedenledir ki yaşananları göz ardı etmemeli, bildirmeli, ölçmeli, analiz etmeli ve iyileştirmeliyiz.

Ancak Türkiye'de henüz hastanelerin kullanabileceği gerek devlete gerekse sivil toplum kuruluşuna ait bir hata raporlama (olay bildirim) sistemi bulunmamaktadır. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında yapılan ancak sistematik olarak hastaneler tarafından kullanılmayan kimi çalışmalar yapıldığı görülmektedir. World Health Organization liderliğinde yürütülen World Alliance for Patient Safety çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiş, benzer yanları ortaya konmuş ve ortak bir taksonomi (sınıflandırma) yapıp yapılamayacağı araştırılmıştır.

Ulusal raporlama sistemleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre dünyadaki ulusal raporlama sistemleri ve özellikleri gözden geçirilerek bazı sonuçlar elde edilmiştir:

• Danimarka:

Danimarka yasaları özellikli yan etkileri sağlık profesyonellerinin bildirmesini zorunlu kılmaktadır. Yasar ise, bu bildirimlerden sağlık kurumlarının öğrenmesini sağlamak adına bildirim yapıldığında sağlık çalışanını zor durumda bırakmayan bir şekilde tasarlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin bildirmesi beklenen olaylar, hastanın hastanede yatışından veya tedavisinden kaynaklanan ve hastaya zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır. Hastanın yaşadığı bu olayın farkına varan herkesin bildirim yapmasına izin veren bir raporlama sistemi mevcuttur.

• İngiltere:

Yan etkilerden çıkarım yapmak ve öğrenmek, aynı zamanda raporlama kültürünü geliştirmek için ulusal hasta güvenliği derneği (NPSA) tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi kurulmuştur (NRLS). NRLS'nin amacı, olayların bildirim yoluyla paten gösteren durumları saptamak, majör sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymak. İngiltere'deki toplam sağlık kuruluşlarının yüzde 90'ı NRLS'ye üye olmuştur. Raporlanan konular arasında National Health Service (NHS)'ten hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır. Bu raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir.

• Hollanda:

Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcut olmasına rağmen ölümlü sonuçlanan olayların raporlanması ise zorunludur. Hastalar veya ça-

Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan bildirimler toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur.

İşanlar bu bildirimleri yapabilirler.

• **İrlanda:**

2002 yılında kurulan Clinical Indemnity Scheme ile hasta güvenliğinin yayılması amaçlanmıştır. Ulusal web tabanlı bir klinik olay raporlama sistemi kullanılmaktadır.

• **Amerika:**

Amerika'da ulusal devlete bağlı bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Ancak 50 eyaletin 21'i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylardan biri beklenmeyen ölümlerdir. Yanlış taraf cerrahisi de bildirilmesi gereken diğer bir olaydır.

Özel ve devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri

• **Avustralya-Avustralya Olay İzlem Sistemi (AIMS)**

1987'de kurulan Anestezi AIMS'nin bir parçası olarak Avustralya Olay İzlem Sistemi 1993 yılında kurulmuştur. AIMS'nin amacı yeni olaylardan, eğilimlerden, risk faktörlerinden ve etki eden faktörlerden öğrenmeyi yaygınlaştırmaktır. AIMS oldukça geniş bir kapsamda önceden tanımlanmış sentinel olayları, bütün yan etkileri, neredeyse hataları (near miss), donanım hatalarını, yeni tanımlanan zararları, intihar gibi spesifik olayların bildirilmesini beklemektedir. AIMS'ye suistimal, kasıtlı olarak yapılan olaylar ve suç içeren olaylar raporlanmaz, bu tür olaylar zorunlu raporlama sistemlerine raporlanır. Bütün kaynaklardan gelen raporlamalar kabul edilir. Bunların içinde hastaneler, ayaktan hasta klinikleri, acil servisler, uzun süreli bakım evleri, sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileler yer almaktadır. Raporlar, kâğıt kopya, elektronik ya da telefon yoluyla iletilebilmektedir.

• **Japonya:**

Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan olay bildirimler toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. Bu yeni sistemde eğitim hastanelerinin olay bildirim yapması zorunlu, diğer hastaneler için gönüllüdür. Neredeyse hata ve ekipman hatalarından kaynaklanan hasta yaralanmaları bildirim kapsamına girmektedir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları bu bildirimleri yapabilir.

• **Amerika: Institute for Safe Medication Practices (ISMP)**

ISMP, ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş ulusal bir sistemdir. Sadece ilaçlara özel bir raporlama sistemi olduğu için ilaç dağıtımı ve yönetimi ile ilgili bildirimler yapılmaktadır. Bildirimleri sağlık bakım hizmeti veren çalışanlar, hastaneler ve hastalar yapabilmektedir.

Hangi olaylar bildirilmelidir?

Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations tarafından sentinel event olarak tanımlanan olaylar, sistemi yeni kuracak olan sağlık kuruluşlarına yol gösterici olacak niteliktedir. Sentinel olay, hastalığın doğal seyri dışında meydana gelen beklenmeyen ölümler ya da kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanabileceği gibi;

- Hastanın intihar etmesi,
- Çocuk ve bebek kaçırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Belirgin kan grubu uyumsuzluğu olduğu halde kan ve yan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,
- Yanlış hasta ve / ya yanlış uzvun ameliyat edilmesi,
- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalı ve olası komplikasyonlar hasta ya da yakınına anlatılmış olmalıdır) bu bildirimlerin kapsamına girebilir.

Aynı zamanda kurumlar kendi hastanelerinde hangi konuların öncelikli olarak ele alınmasını istiyorlarsa, bildirim öncelikli durumları kendileri ne göre şekillendirebilir ve tanımlayabilirler.

Türkiye'de hasta güvenliği:

Türkiye'de henüz yapılandırılmış bir has-

ta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise Türkiye'de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaçlayan dernekler kurulmuştur.

Türkiye'deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok, hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında hasta güvenliği arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı anlaşma neticesinde hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır. Devlet ya da sivil toplum kuruluşları, yurtdışındaki iyi uygulama çalışmalarını temel alarak ulusal bir hasta güvenliği programı ve bildirim sistemi oluşturmalı; hasta güvenliğini öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alan kabul etmelidir.

Kaynakça:

Institute of Medicine: To err is human: Building a safer health system, National Academies Press, Washington, DC (2000).

Institute of Medicine: Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC (2001).

"AORN Guidance Statement", 2006 Standards, Recommended Practices and Guidelines.

Akalin, H. Erdal. "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?", ANKEM Dergisi 2004; 18 (ek2): 12-13

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K et al: Senior executive adopt-a-work unit: A model for safety improvement, Jt Comm J Qual Saf 2004;30: 59-68.

Nieva, V.F. ve Sorra, J. "Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations." Quality and Safety in Health Care 2003; 12 (Suppl II): ii 17-23

IHI, Safety Climate Survey, 2004

The Origins of Accidents, 1926; Herbert Heinrich

World Alliance For Patient Safety, WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems; http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html>